FAX 送付先 (0725)40－2109 府中病院 薬剤部

薬薬連携研修会（２月 14 日）申し込み用紙

ふりがな	
氏 名	
連絡先住所	〒
連絡先電話	
連絡先 FAX	
ご所属	
所属分類にチェックをお願いいたします。 □ 大阪府病院薬剤師会会員 （ 支部） □ その他（ ）	

＊ 個人情報については研修会の受付のみに使用し、申込み FAX は研修会終了後に破棄します。

その他ご質問などございましたら下記にお書き下さい。